

**ANALISIS PENCAPAIAN INDIKATOR 9 CAKUPAN PROGRAM
KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KALIBAGOR KECAMATAN KALIBAGOR KABUPATEN BANYUMAS**

**ANALYSIS ACHIEVE INDICATOR 9 COVERAGE MATERNAL AND
CHILD HEALTH PROGRAMS AT KALIBAGOR PUBLIC HEALTH
CENTER KECAMATAN KALIBAGOR KABUPATEN BANYUMAS**

Colti Sistiarani dan Elviera Gamelia

**Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu kesehatan
Universitas Jenderal Soedirman**

ABSTRACT

Maternal and Child Health (MCH) program is one of the priority establishment in Indonesia. One of the goals this program is reducing morbidity also mortality in maternal and child. Effort government for maternal and child health to inspect in every area. Data from Banyumas Health Centers still found the maternal and child mortality at Kalibagor Public Health Center, in 2009 there is 2 cases maternal mortality and 13 cases baby mortality. This research aims to analysis 9 coverage maternal and child health programs. This research was a descriptive study with conducted to achieve the coverage target. Result of this research are coverage of the first antenatal care (K1) 92,6%, coverage of the fourth antenatal care (K4) 83,5%, coverage of high risk for maternal 86,2%, coverage of health provider to help delivered baby 82,2%, coverage of maternal after delivered baby 80,7%, coverage of neonatal service 85,7%, coverage of sick child under five years service 93,4%. From this data we know that the achieve are good status. Unfortunately we find achieve coverage status are lack, there is coverage of obstetric complication 57,4% and coverage of maternal and child health book 65%. Conclusion needed effort to increasing coverage of obstetric complication and coverage of maternal and child health book, support was needed from Banyumas Health Centers especially to monitoring and evaluation maternal and child health programs.

Key words: Coverage, Maternal and Child

Kesmasindo. Volume 5, Nomor 2, Juli 2012, hlm. 95- 120

PENDAHULUAN

Dewasa ini kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara

global sejak adanya *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Kairo, Mesir

pada tahun 1994. Paradigma yang semula berorientasi pada pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dari pengendalian populasi dan penurunan fertilitas kini mulai berubah menjadi pendekatan yang lebih luas yaitu fokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi. Pemenuhan kesehatan reproduksi diberikan bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus hidup.

Perubahan pendekatan ini juga terjadi dalam penanganan kesehatan ibu dan anak, Keluarga Berencana (KB), kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS serta kesehatan reproduksi usia lanjut. Upaya untuk meningkatkan kualitas manusia seyogyanya harus dimulai sejak janin dalam kandungan dan sangat tergantung kepada kesejahteraan ibu termasuk kesehatan dan keselamatan reproduksinya. Oleh karena itu upaya meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di Indonesia merupakan salah satu program prioritas.

Program Kesehatan Ibu Anak (KIA) merupakan salah satu prioritas

utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi neonatal. Salah satu tujuan program ini adalah menurunkan kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak, serta untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan perinatal di tingkat pelayanan dasar dan pelayanan rujukan primer.

Keadaan kesehatan reproduksi di Indonesia saat ini masih belum seperti yang diharapkan. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Saat ini AKI di Indonesia yaitu sebesar 259 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan AKB yaitu sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup (SDKI 2007). Hasil tersebut masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010 yaitu AKI 125 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup. Target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) pada tahun 2009

yaitu pencapaian AKI sebesar 226 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 26 per 1000 kelahiran hidup. Tingginya AKI dan AKB ini menunjukkan bahwa derajat kesehatan di Indonesia masih belum baik, khususnya mengenai derajat kesehatan ibu dan anak.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan KIA salah satunya adalah melalui pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA). Hal ini merupakan strategi manajemen program KIA untuk memantau pelayanan KIA di wilayah kerja secara terus menerus. Hal tersebut dimaksudkan agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA-nya masih rendah ataupun wilayah yang membutuhkan penanganan atau tidak lanjut secara khusus.

Indikator yang digunakan untuk menilai program KIA antara lain kunjungan ibu hamil pertama (K1), cakupan kunjungan keempat ibu hamil (K4), cakupan buku KIA, deteksi dini kehamilan berisiko oleh tenaga kesehatan, persalinan oleh tenaga kesehatan, penanganan komplikasi obstetrik, pelayanan nifas,

pelayanan neonatal, penanganan komplikasi neonatal, pelayanan kesehatan anak balita, pelayanan kesehatan anak balita sakit (Depkes, 2003)

Penyajian PWS KIA dapat dipakai sebagai alat motivasi dan komunikasi kepada sektor terkait/stakeholder yang berkaitan terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Selain itu juga berkaitan langsung dengan masyarakat setempat, khususnya aparat dalam hal ini sumber daya masyarakat setempat seperti kader kesehatan, tokoh masyarakat dan tokoh agama yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran agar mendapatkan pelayanan KIA. Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan dasar yang menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk KB, perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular dan pengobatan.

Hasil rekapitulasi PWS KIA di tingkat kabupaten dapat dipakai untuk menentukan wilayah kerja puskesmas mana yang rawan, sehingga diharapkan dapat

diidentifikasi wilayah kerja puskesmas mana yang memerlukan penanganan khusus sehingga masalah-masalah tersebut dapat diatasi dengan baik sehingga dapat membantu meningkatkan derajat KIA di wilayah tersebut.

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas menunjukkan Angka Kematian Bayi pada tahun 2006 sebesar 5,65 per 1000 kelahiran hidup dan pada tahun 2007 naik menjadi 9,60 per 1000 kelahiran hidup. Jumlah kematian bayi sampai dengan Bulan September 2009 sebanyak 166 kasus. Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2006 sebesar 96 per 100.000 kelahiran hidup, AKI pada tahun 2007 sebesar 145 per 100.000 kelahiran hidup. Data pada tahun 2009 sampai dengan bulan September 2009, jumlah kematian ibu di Kabupaten Banyumas sebanyak 30 kasus, AKI masih berada pada kisaran 145, 82 per 100.000 kelahiran hidup Data ini menunjukkan bahwa dalam kurun tahun terakhir terjadi kenaikan AKI dan AKB. Data program KIA yang bersumber dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas sampai dengan Bulan September 2009, antara lain cakupan K1 sebesar 78,22%. Cakupan

K4 sebesar 72,06%, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 73,97%, cakupan nifas 67,93%.

Berdasarkan profil kesehatan Puskesmas Kalibagor tahun 2008 didapatkan hasil perhitungan cakupan kunjungan pertama ibu hamil (K1) yaitu sebesar 104%, cakupan kunjungan keempat ibu hamil (K4) sebesar 100,82%, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 100,12%, cakupan ibu hamil yang berisiko tinggi sebesar 90,43%, cakupan ibu nifas sebesar 100,24%, cakupan kunjungan neonatal sebesar 101,13%, cakupan pelayanan kesehatan balita sebesar 91,44%.

Data dari Puskesmas Kalibagor pada tahun 2007 jumlah kematian bayi yang sebanyak 15, sedangkan jumlah kematian ibu sebanyak 4 orang. Data pada tahun 2008 jumlah kematian bayi sebanyak 22, sedangkan jumlah kematian ibu sebanyak 1 orang. Data terakhir sampai dengan Bulan Oktober 2009 terdapat kasus kematian bayi yaitu sebanyak 13, sedangkan kasus kematian ibu sebanyak 2 orang. Data tersebut menunjukkan masih adanya kasus kematian bayi dan kematian ibu

yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Kalibagor. Masih tingginya angka kematian ibu dan bayi di Banyumas, serta masih adanya kasus kematian ibu dan bayi di wilayah kerja Puskesmas Kalibagor melatarbelakangi penilaian 9 indikator pencapaian program KIA di wilayah kerja Puskesmas Kalibagor Kabupaten Banyumas.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi deskriptif yaitu menggambarkan pencapaian indikator KIA yang dipilih. Studi deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran/deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Studi deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan/analisis data, membuat kesimpulan dan laporan (Notoatmojo, 2002)

Pencapaian indikator program KIA antara lain cakupan kunjungan pertama ibu hamil (K1), cakupan

kunjungan keempat ibu hamil (K4), cakupan ibu hamil yang dideteksi berisiko tinggi, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan penanganan komplikasi obstetrik, cakupan pelayanan nifas, cakupan kunjungan neonatal (KN), cakupan penanganan kesehatan anak balita sakit, cakupan buku KI

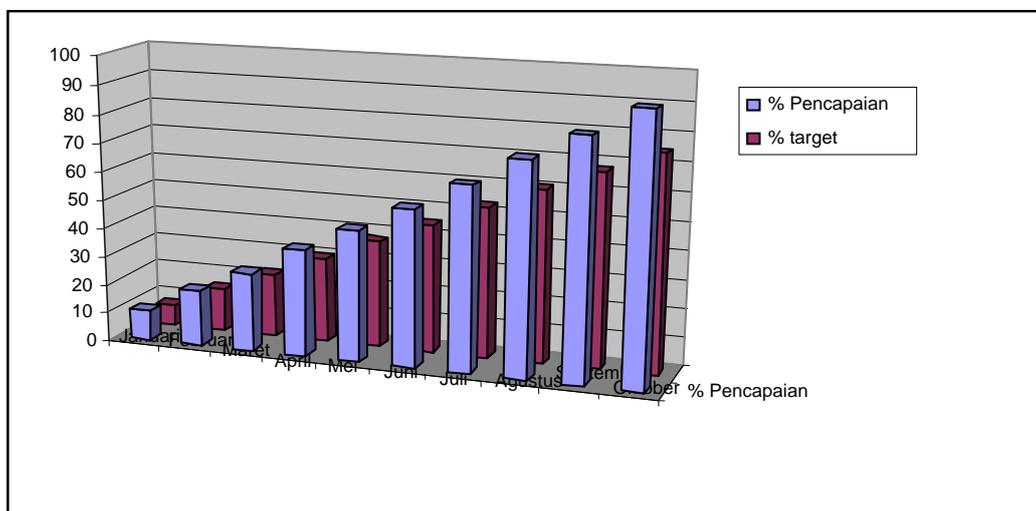
Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan mulai bulan Agustus-Oktober 2009. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Kalibagor Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas. Data yang diperlukan untuk menghitung tiap indikator diperoleh data data sasaran yang terdiri atas jumlah seluruh ibu hamil, ibu bersalin, jumlah seluruh neonatal (bayi berusia kurang dari 1 bulan), jumlah seluruh ibu nifas, jumlah seluruh bayi. Data pelayanan terdiri atas jumlah kunjungan pertama ibu hamil, jumlah kunjungan ibu hamil yang keempat kalinya ke pelayanan kesehatan, jumlah ibu hamil berisiko yang dideteksi berisiko tinggi oleh tenaga kesehatan, jumlah ibu nifas, jumlah persalinan, serta jumlah bayi berusia kurang dari 1 bulan yang dilayani, jumlah anak balita yang dilayani oleh petugas kesehatan.

Sumber data pelayanan umumnya berasal dari laporan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh ibu, bayi dan balita. Data lainnya yaitu laporan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di puskesmas, data persalinan yang berasal dari bidan/dokter praktik swasta, dukun bayi setempat maupun laporan dari fasilitas pelayanan puskesmas yang berada di wilayah Puskesmas Kalibagor. Analisis data dilakukan univariat yaitu dilakukan untuk melihat besarnya proporsi pada setiap variabel. Penyajian data dilakukan

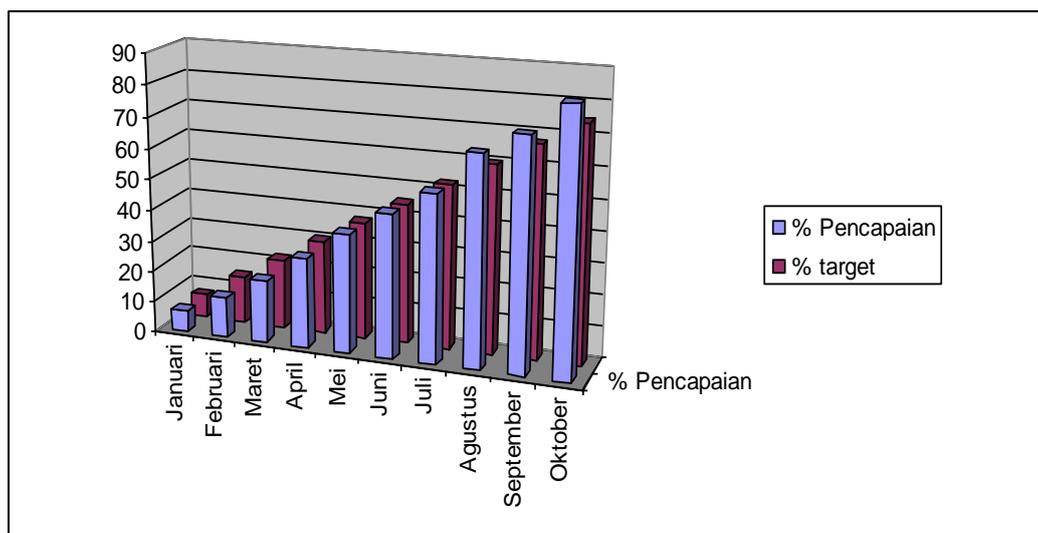
dengan grafik yang menggambarkan cakupan indikator KIA yang dipilih. Hasil tersebut kemudian dibandingkan dengan target Puskesmas Kalibagor. Penyajian data dilakukan dengan grafik untuk setiap indikator dengan melakukan penilaian terhadap pencapaian cakupan per bulan setiap indikator 9 cakupan program KIA.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Cakupan Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1) dan Kunjungan Keempat ibu hamil (K4)



Gambar 1 Grafik Pencapaian Cakupan K1



Gambar 2 Grafik Pencapaian Cakupan K4

Grafik diatas menunjukkan bahwa pencapaian kunjungan pertama ibu hamil (K1) sebesar 92,6%, serta pencapaian cakupan keempat ibu hamil (K4) meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 83,5%. Target cakupan K1 dan K4 untuk Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus lebih dari atau sama dengan 75%. Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status baik yaitu cakupan diatas target yang telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika

dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

Salah satu kegiatan program KIA di puskesmas ialah pemantauan kesehatan ibu hamil ke tenaga kesehatan salah satunya ke bidan. Indikator pelaksanaan pemantauan ibu hamil dapat dilihat dari angka cakupan kunjungan pertama (K1) dan kunjungan keempat (K4). Cakupan kunjungan pertama (K1) dan keempat (K4) sampai dengan bulan Oktober 2009 Puskesmas Kalibagor telah melampaui target yaitu cakupan K1 sebesar 92,6% dan cakupan K4 sebesar 83,5%. Dari hasil tersebut penilaian indikator termasuk status baik yaitu cakupan telah melampaui

target dan kecenderungan cakupan yang meningkat setiap bulan.

Pencapaian target sebenarnya kurang dari target yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mengacu pada SK Menkes RI Nomor 1475/Menkes/SK/IX/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dan SK Gubernur JawaTengah nomor 71 tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah untuk K1 dan K4 minimal 95%.

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi tertentu serta indikasi dasar dan khusus. Selain itu aspek yang lain yaitu penyuluhan, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), motivasi ibu hamil dan rujukan.

Tujuan asuhan antenatal adalah memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan

kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.

Tenaga dalam pelayanan antenatal yaitu tenaga kesehatan profesional seperti bidan atau dokter spesialis kandungan dalam melakukan pelayanan antenatal. Pelayanan antenatal hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat diberikan oleh dukun bayi. Pelayanan antenatal seawal mungkin lebih baik daripada pelayanan antenatal yang dilakukan pada akhir kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan lebih sering lebih baik daripada pelayanan antenatal yang jarang dilakukan.

Cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan ibu hamil K1 dan K4. Kunjungan baru ibu hamil (K1) adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas

kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan standar. Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4) atau lebih dengan petugas kesehatan yaitu ibu hamil sedikitnya kontak minimal 4 kali untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan.

Kebijakan meliputi kebijakan program pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan, dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut : minimal 1 kali pada trimester pertama, minimal 1 kali pada trimester kedua, dan minimal 2 kali pada trimester ketiga. Kebijakan teknis diantaranya mengupayakan kehamilan yang sehat, melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan, persiapan persalinan yang aman, perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.

Masih adanya kasus kematian ibu di wilayah kerja Puskesmas Kalibagor padahal cakupan pelayanan antenatal untuk K1 dan K4 yang telah melampaui

target, hal ini dapat terjadi seperti dijelaskan dalam McCarthy dan Maine yang menyatakan bahwa konsep yang melatarbelakangi kematian ibu tersebut adalah pertama status kesehatan ibu hamil itu sendiri, kedua akses ke pelayanan kesehatan dan ketiga perilaku ibu dalam memelihara kesehatannya. Ketiga konsep itu dipengaruhi oleh faktor ekonomi, sosial dan budaya.

Dalam konteks perilaku dan budaya tradisi pantang dan memakan makanan tertentu masih harus dijalani ibu hamil dan melahirkan. Hal ini mengakibatkan banyak ibu hamil tidak dapat mengkonsumsi makanan tinggi protein. Dalam konteks sosial dan keluarga, kekuasaan dan pengambilan keputusan bukan pada ibu misalnya tentang seberapa banyak dan seberapa sering anak yang diinginkan, pada siapa dan dimana dilakukan persalinan. Adanya budaya berunding juga mengakibatkan sering terjadi keterlambatan pertolongan persalinan yang dapat berakibat fatal bagi ibu dan bayi. (Iskandar et al, 1996)

Dalam penelitian Qomariyah di Timika Papua, ada tema budaya dalam pola makan dan aktivitas selama kehamilan dan setelah persalinan. Budaya yang diskriminatif yaitu menganggap tugas dan mencari dan mengolah bahan makanan adalah tugas ringan sehingga menjadi tugas pokok perempuan selain itu perempuan harus lebih mengutamakan kecukupan makanan untuk laki-laki. Adanya anggapan bahwa kehamilan setelah lewat lima bulan, jika wanita bekerja keras maka akan dapat memperlancar persalinan.

Faktor lain yang mungkin menjadi penyebab adalah masih kurang meratanya sebaran bidan desa di Kecamatan Kalibagor. Tugas bidan puskesmas yang cukup banyak namun jumlah bidan masih kurang yaitu sebanyak 4 orang bidan puskesmas, bidan desa sebanyak 13 orang dan bidan swasta 2 orang. Hal ini dapat dilihat dari jumlah desa di wilayah Kecamatan Kalibagor yaitu sebanyak 12 desa dan wilayahnya yang cukup luas. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan yang

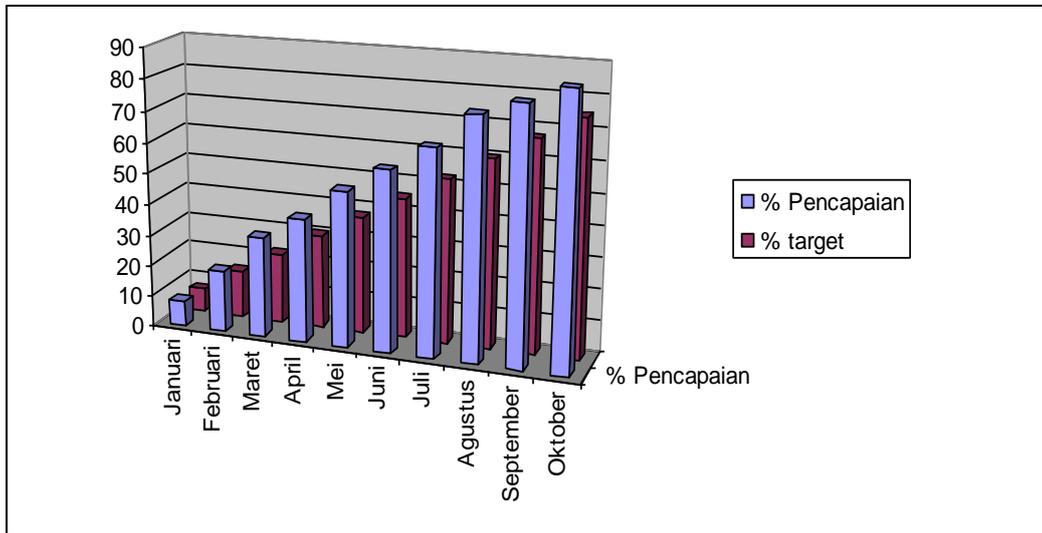
bertugas bukan hanya tenaga kebidanan namun juga tenaga kesehatan secara keseluruhan.

One Wakur dalam penelitiannya menyatakan bahwa bidan di desa kadangkala tidak tinggal di desa tersebut selama 24 jam karena alasan keluarga, hal tersebut tidak sesuai dengan konsep bidan desa yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan, karena masyarakat tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dari bidan desa diluar jam kerja.

Wahyu Zulfansyah dalam penelitiannya disebutkan percepatan dalam pencarian sasaran ibu hamil, bidan desa dapat bekerjasama dengan masyarakat yang secara sukarela membantu kegiatan posyandu, yang biasanya telah dibekali keterampilan melalui pelatihan dalam menjalankan tugasnya itu sebagai kader. Penelitian lain yaitu Djaswadi didapatkan hasil seluruh ibu menyatakan pentingnya pelayanan antenatal, hal ini berarti bahwa banyak ibu telah memahami tujuan dan manfaat pelayanan antenatal dalam pemantauan kondisi ibu dan janin serta upaya mendeteksi

sedini mungkin risiko kehamilan sehingga diharapkan kondisi ibu dan bayi jika lahir nantinya akan baik, sehat, dan selamat.

2. Cakupan Ibu Hamil yang Dideteksi Berisiko Tinggi



Gambar 3. Grafik Pencapaian Cakupan Ibu Hamil Dideteksi Berisiko

Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan ibu hamil yang dideteksi berisiko tinggi meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 86,2%. Target cakupan ibu hamil yang dideteksi berisiko tinggi untuk Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus lebih dari atau sama dengan 75%. Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status baik yaitu cakupan diatas target yang

telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

Pencapaian target sebenarnya kurang dari target yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mengacu pada SK Menkes RI Nomor 1475/Menkes/SK/IX/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dan SK Gubernur JawaTengah nomor 71 tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal

Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah, untuk cakupan ibu hamil yang dideteksi berisiko tinggi minimal 90%. Dari hasil tersebut penilaian indikator termasuk status baik yaitu cakupan telah melampaui target dan kecenderungan cakupan yang meningkat setiap bulan.

Penilaian resiko kehamilan umumnya dilakukan pada kunjungan pertama pada pemeriksaan kehamilan, penilaian dilakukan dengan mengidentifikasi berbagai sebab dan pengaruh demografi ibu, status kesehatan reproduksi ibu, faktor lingkungan dan perilaku ibu. Hal tersebut akan dapat diketahui dan digunakan sebagai dasar dalam penentuan faktor resiko kehamilan, sehingga resiko kehamilan yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan bayi dapat diantisipasi sedini mungkin.

Pemantauan yang dilakukan secara terus menerus bertujuan untuk memantau kondisi kehamilan demi keselamatan ibu dan bayi. Tujuan dari pemantauan adalah identifikasi untuk mendeteksi penyimpangan seperti gangguan/komplikasi serta penyakit yang

diderita, selanjutnya diarahkan untuk mendapatkan perawatan yang sesuai agar tidak mengganggu proses kehamilan.

Deteksi dini ibu hamil yang berisiko perlu ditingkatkan baik di fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat. Deteksi ibu hamil berisiko/komplikasi perlu difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu. Risiko tinggi/komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, hal ini dapat secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu. Semakin cepat diketahui adanya risiko tinggi/komplikasi semakin cepat akan mendapatkan penanganan yang semestinya.

Faktor risiko ibu hamil diantaranya kehamilan pertama usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jumlah anak lebih dari 4, jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun, tinggi badan kurang dari 140 cm, berat badan kurang dari 38 kg atau lingkar lengan atas kurang dari 33,5, memiliki kelainan bentuk tubuh seperti kelainan tulang

belakang atau panggul (Manuaba, 1998).

Selain faktor risiko tersebut, faktor risiko lain yaitu ibu memiliki riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, tuberculosis, kelainan jantung, ginjal dan diabetes. Selain itu risiko lain yaitu ibu yang memiliki riwayat kehamilan yang buruk seperti keguguran berulang, sering mengalami perdarahan, terjadi infeksi saat hamil, kehamilan ektopik, ketuban pecah dini. Riwayat persalinan berisiko juga merupakan faktor risiko bagi ibu, hal tersebut antara lain persalinan dengan bedah cesar maupun ekstraksi vakum serta riwayat nifas yang berisiko bagi ibu seperti perdarahan pasca persalinan dan infeksi masa nifas (Prawirohardjo, 2002).

Faktor-faktor risiko tersebut jika semakin banyak yang ditemukan pada seorang ibu hamil, maka semakin tinggi pula risiko kehamilan tersebut. Risiko tinggi dan komplikasi pada kehamilan salah satunya anemia pada ibu hamil. anemia adalah suatu keadaan yang menunjukkan kadar haemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah

dari nilai normal yaitu 11 g/100 ml. Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Pengaruh anemia terhadap kehamilan yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Anemia juga berpengaruh pada saat persalinan misalnya terjadi gangguan his/kontraksi dan saat kala nifas dapat terjadi subinvolusi uteri sehingga menimbulkan perdarahan postpartum (Manuaba, 1998).

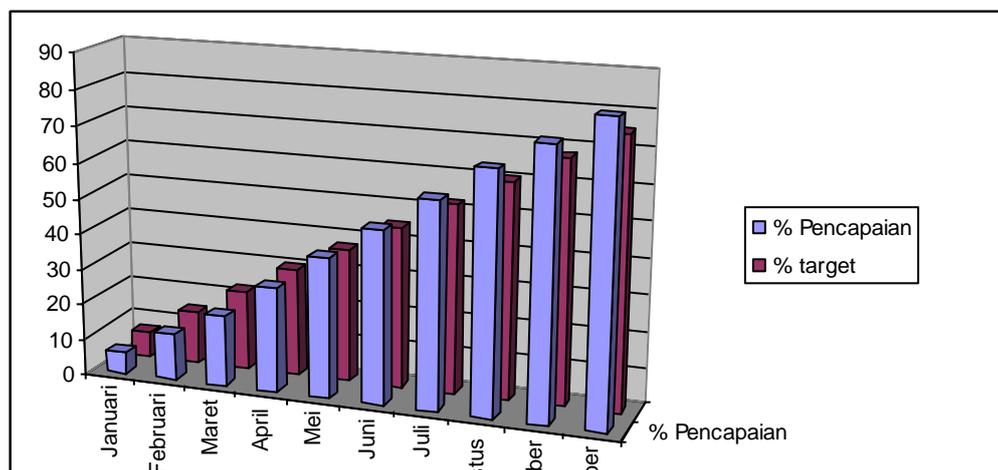
Faktor risiko lainnya yaitu *preeklampsia* dan *eklampsia*. *Preeklampsia* ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. *Eklampsia* adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan/nifas yang ditandai dengan kejang dan koma. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi plasenta dan uterus karena aliran darah ke plasenta menurun sehingga terjadi gangguan fungsi plasenta (POGI, 1991).

Adanya kelainan yang terjadi selama kehamilan seperti *plasenta previa* yaitu plasenta dengan implantasi di sekitar segmen bawah rahim, *solusio plasenta* yaitu terlepasnya plasenta sebelum waktunya dengan implantasi normal pada kehamilan trimester ketiga juga menyebabkan kehamilan menjadi berisiko. Faktor risiko lain yaitu jumlah janin lebih dari satu, kelainan besar janin, adanya risiko lain seperti persalinan yang macet/tidak maju serta *retensio plasenta* yaitu terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah

persalinan bayi (Prawirohardjo, 2002).

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah apabila cepat mendapatkan pelayanan adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi. Oleh karenanya deteksi faktor risiko pada ibu baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah terjadinya kematian pada ibu dan bayi.

3. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan



Colti Sistiarani, Analisis Pencapaian Indikator 9 Cakupan Program KIA 109

Gambar 4. Grafik Pencapaian Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 82,2%. Target cakupan pertolongan persalinan untuk Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus lebih dari atau sama dengan 75%. Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status baik yaitu cakupan diatas target yang telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Pencapaian target sebenarnya kurang dari target yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM), untuk pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan minimal 90%.

Pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yaitu dokter spesialis kandungan, dokter umum, bidan, pembantu bidan, perawat bidan. Meskipun demikian, di daerah terpencil masih banyak juga penolong persalinan yang masih dilakukan oleh masyarakat seperti

dukun bayi yang oleh masyarakat dipercaya dapat menolong persalinan.

Pada prinsipnya pertolongan persalinan baik yang dilakukan di klinik, puskesmas, rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya, harus tetap memperhatikan hal-hal sebagai berikut yaitu sterilitas/pencegahan infeksi, metode pertolongan persalinan yang sesuai standar pelayanan, serta mampu merujuk kasus yang memerlukan tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

Cakupan pertolongan persalinan yang telah melampaui target antara lain dipengaruhi oleh penyuluhan tenaga kesehatan yang sudah cukup baik, walaupun masih adanya keterbatasan dari tenaga kesehatan yang ada. Namun ada beberapa faktor budaya masyarakat yang masih menganggap dukun bayi dapat membantu pertolongan persalinan.

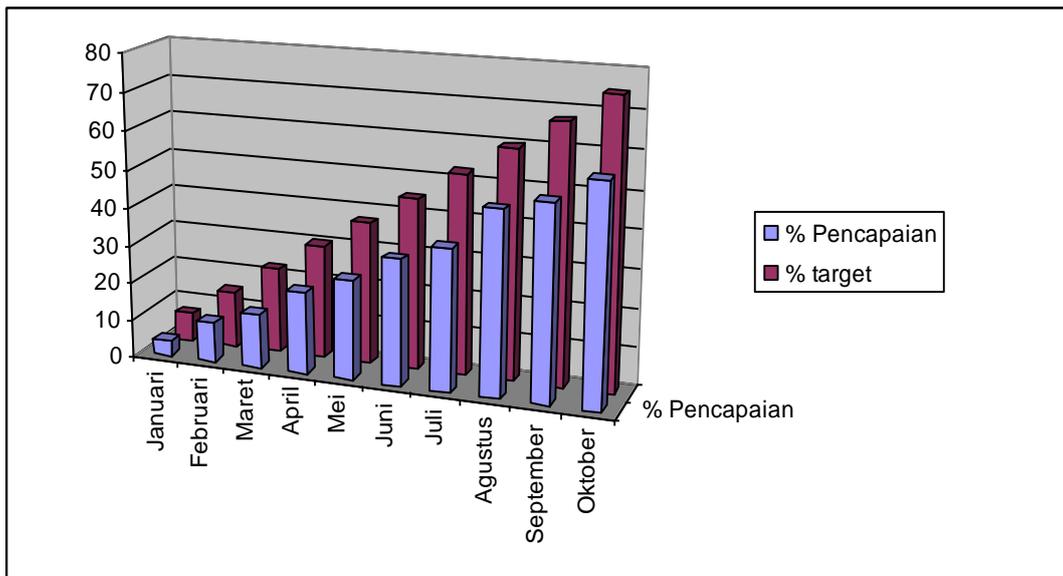
Kemitraan bidan puskesmas dengan dukun bayi setempat dengan memberikan pelatihan dan peningkatan kemampuan untuk merujuk ibu bersalin yang mengalami permasalahan dalam

persalinan ke bidan desa merupakan alasan meningkatnya peran tenaga kesehatan dalam pertolongan persalinan.

Wahyu Zulfansyah dalam penelitiannya menyatakan bahwa peningkatan cakupan pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan salah satunya melalui peningkatan kemampuan bidan di desa melalui pelatihan-pelatihan, pertemuan dengan bidan

koordinator secara berkala, penyediaan sarana, pemberian insentif, promosi bidan tidak tetap menjadi pegawai negeri, sosialisasi pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan kepada masyarakat serta dilakukannya monitoring dan evaluasi yang berkesinambungan dari Dinas Kesehatan setempat.

4. Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetrik



Gambar 5 Grafik Pencapaian Penanganan Komplikasi Obstetrik

Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan penanganan komplikasi obstetrik meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 57,4%. Target cakupan penanganan komplikasi obstetrik untuk

Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus lebih dari atau sama dengan 75%. Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status kurang baik yaitu cakupan dibawah

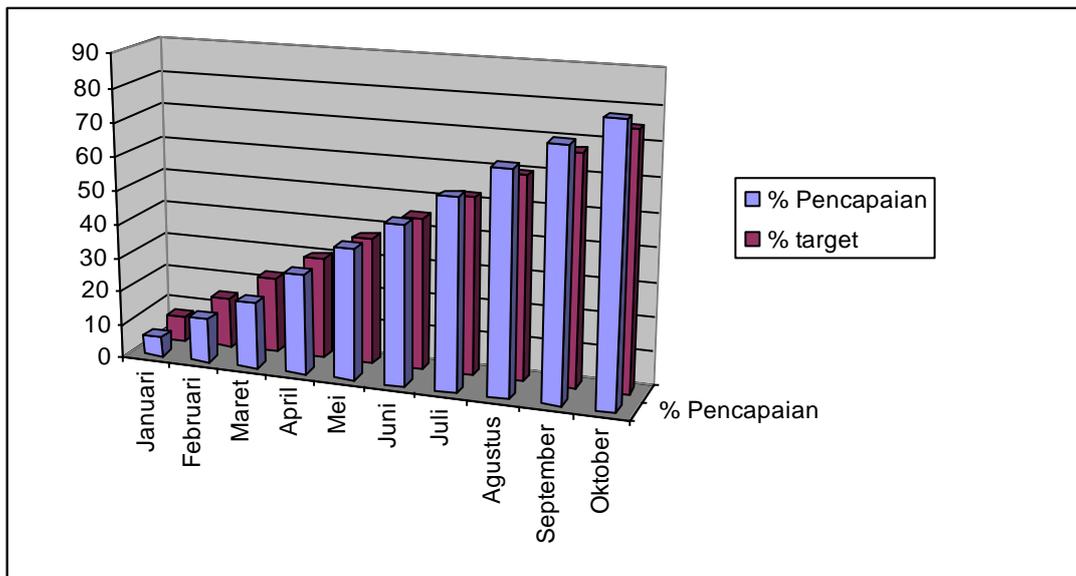
target yang telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Pencapaian target sebenarnya kurang dari target yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk penanganan komplikasi obstetrik minimal 90%.

Komplikasi kebidanan diperkirakan terjadi pada sekitar 15-20% ibu hamil. Komplikasi pada kehamilan tidak dapat diperkirakan/diramalkan sebelumnya. Oleh karenanya semua persalinan harus ditangani oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi/ditangani. Ibu hamil harus dapat menjangkau Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Kebijakan Depkes dalam penyediaan puskesmas PONED adalah setiap kabupaten/kota harus mempunyai minimal 4 puskesmas yang mampu PONED.

Pelayanan medis obstetri yang dapat dilakukan di puskesmas PONED meliputi pencegahan dan penanganan perdarahan, pencegahan dan penanganan pre eklampsia dan eklampsia, pencegahan dan penanganan infeksi, penanganan partus lama/ macet, pencegahan dan penanganan abortus.

Menurut Wahyu Zulfansyah dalam penelitiannya pelatihan yang dapat diberikan kepada bidan desa antara lain yaitu asuhan persalinan normal, pemantauan wilayah setempat, pelatihan kegawatdaruratan obstetric dan keluarga berencana. Bidan harus dapat memahami komplikasi obstetrik yang mungkin dapat terjadi pada ibu. Kurangnya cakupan dari target yang telah ditentukan hal ini mungkin disebabkan kurangnya keterampilan dari bidan desa dalam memperkirakan komplikasi obstetrik yang mungkin dapat terjadi pada ibu.

5. Cakupan Pelayanan Nifas



Gambar 6. Grafik Pencapaian Cakupan Pelayanan Nifas

Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan pelayanan nifas meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 80,7%. Target cakupan pelayanan nifas untuk Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus lebih dari atau sama dengan 75%. Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status baik yaitu cakupan diatas target yang telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Pencapaian target

sebenarnya kurang dari target yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk pelayanan nifas minimal 90%.

Perawatan masa nifas adalah perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu. Seluruh alat genetalia baru pulih kembali seperti sebelum kehamilan dalam waktu 3 bulan. Perawatan masa nifas dimulai sebenarnya sejak kala uri dengan menghindari adanya kemungkinan kemungkinan perdarahan postpartum dan infeksi. Bila ada perlukaan jalan lahir/luka

lakukan penjahitan dan perawatan dengan sebaik-baiknya. Penolong persalinan harus tetap waspada sekurang-kurangnya satu jam sesudah melahirkan, karena kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum. (Hanifa, 2005)

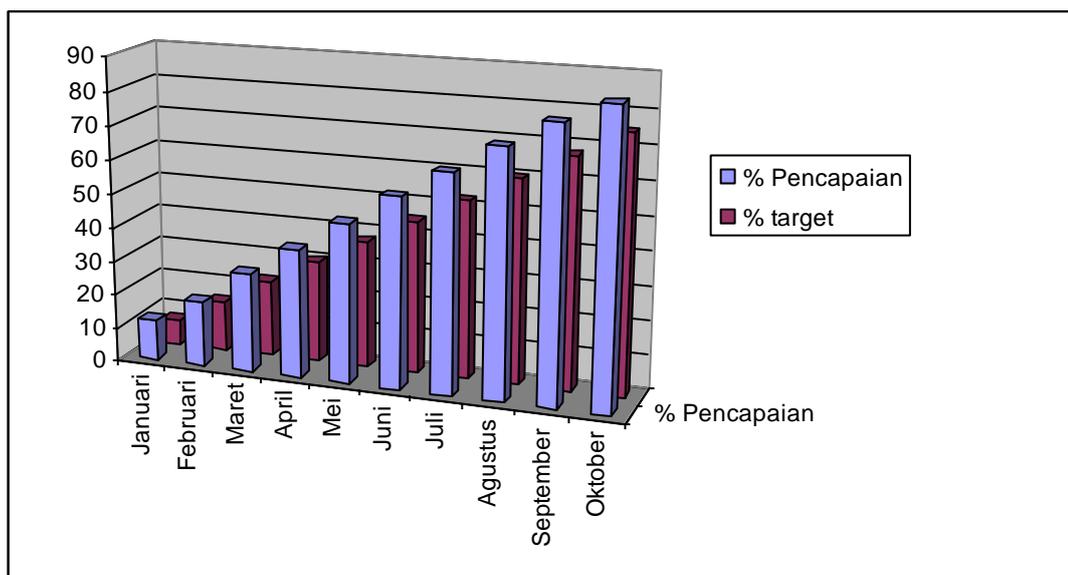
Kunjungan ibu nifas adalah kontak ibu nifas dengan tenaga kesehatan minimal 3 kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan ibu nifas baik di tempat pelayanan kesehatan maupun di luar tempat pelayanan kesehatan (termasuk bidan desa di poskesdes dan kunjungan rumah). Ketentuan pelayanan adalah sebagai berikut : kunjungan pertama pada hari 1 sampai hari ke-

7, kunjungan kedua pada hari ke-8 sampai dengan hari ke-28, kunjungan ketiga pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42.

Kunjungan masa nifas bertujuan untuk mencegah dan mendeteksi perdarahan pada masa nifas dan akibat infeksi nifas salah satunya infeksi saluran kencing, infeksi pada genitalia, infeksi payudara, membantu ibu dalam teknik dan cara pemberian ASI awal yang tepat, memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi serta memberikan konseling untuk penggunaan alat kontrasepsi/ KB.

6. Cakupan Kunjungan Neonatal

(KN)



Gambar 7. Grafik Pencapaian Cakupan KN

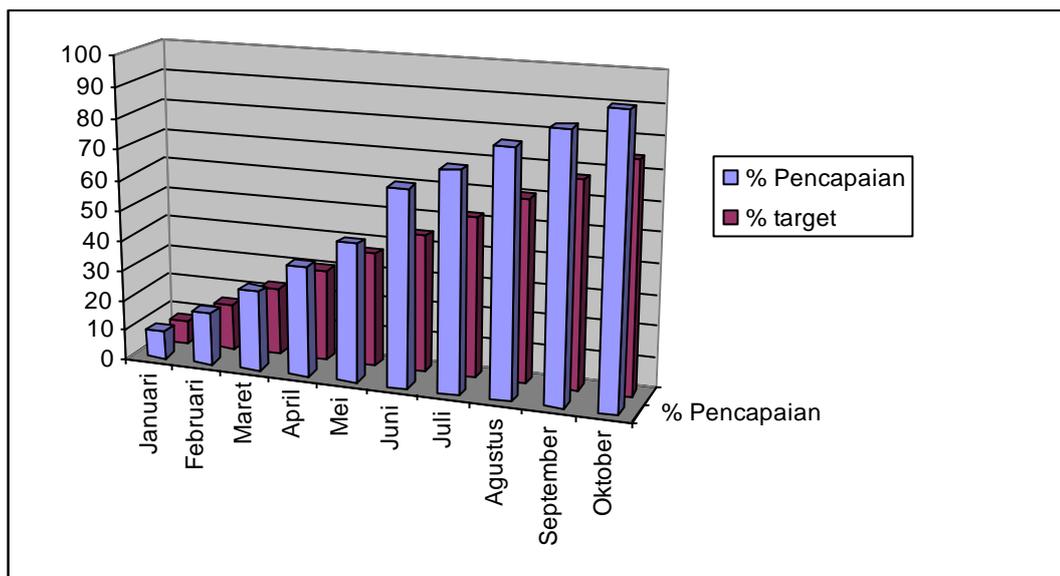
Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan kunjungan neonatal (KN) meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 85,7%. Target cakupan kunjungan neonatal untuk Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus lebih dari atau sama dengan 75%.

Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status baik yaitu cakupan diatas target yang telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan

yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Pencapaian target sebenarnya kurang dari target yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk kunjungan neonatal minimal 90%.

Pelayanan neonatal meliputi pencegahan dan penanganan asfiksia, pencegahan dan penanganan hipotermia, pencegahan dan penanganan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), pencegahan dan penanganan kejang/ikterus ringan- sedang, pencegahan dan penanganan gangguan minum.

7. Cakupan Penanganan Kesehatan Balita Sakit



Gambar 8. Grafik Pencapaian Cakupan Penanganan Balita Sakit

Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan penanganan balita sakit meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 93,4%. Target cakupan penanganan balita sakit untuk Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus lebih dari atau sama dengan 75%. Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status baik yaitu cakupan diatas target yang telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Pencapaian target sebenarnya kurang dari target yang ditetapkan oleh pemerintah untuk penanganan kesehatan anak balita sakit minimal 95%.

Pelayanan kesehatan anak balita adalah pelayanan kesehatan terhadap anak yang berumur 12 – 59 bulan yang sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang meliputi pelayanan pemantauan tumbuh kembang setiap bulannya. Pemantauan pertumbuhan adalah

mengukur berat badan anak balita yang setiap bulan yang tercatat pada buku KIA. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan balita berada pada dibawah garis merah, maka harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan. Suplementasi vitamin A juga merupakan pelayanan kesehatan bagi balita dan diberikan minimal 2 kali per tahun.

Pelayanan kesehatan juga meliputi upaya pengobatan yang diberikan kepada anak balita. Penyakit-penyakit yang umumnya terjadi pada anak balita antara lain diare, batuk dan pilek, panas dan demam, serta penyakit infeksi lain yang disebabkan oleh virus, bakteri dan parasit sebagai perantara.

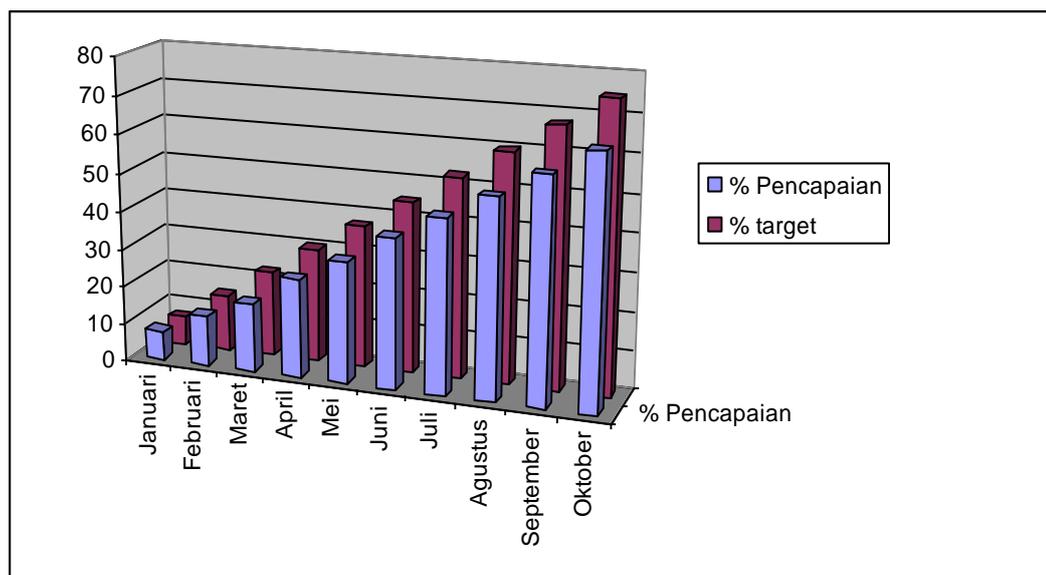
Penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri adalah tuberculosis, difteria, pertusis, tetanus, demam tifoid. Penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus antara lain gondongan/mumps, campak/morbili,, varisela, poliomielitis, Demam Berdarah Dengue (DBD), Hepatitis B dan Hepatitis A. Penyakit lain yang diakibatkan oleh parasit seperti malaria dan kecacingan juga

umumnya sering terjadi pada anak (Rampengan, 2007)

Jumlah kematian balita pada profil kesehatan puskesmas tahun 2008 adalah sebesar 16 balita mati. Diare pada balita ditangani sebesar 55,65%, pneumonia balita ditangani sebesar 1,17%, balita gizi buruk 0,51%, deteksi tumbuh kembang balita 16,51%. Hasil tersebut bertolak belakang dengan hasil cakupan penanganan balita sakit telah memenuhi target. Menurut SKRT 2001 sebab utama kematian bayi dan anak antara lain disebabkan oleh Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diare, tetanus neotarum, saluran cerna, penyakit syaraf.

Hasil tersebut salah satunya dipengaruhi oleh kurangnya kebersihan (hygiene) dan sanitasi dari individu, keluarga dan masyarakat melalui penyediaan sarana air bersih, kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat, kurangnya kepedulian dan kelangsungan dan perkembangan dini anak. Selain itu puskesmas juga mengupayakan pemberantasan penyakit menular, peningkatan cakupan imunisasi, peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk pelayanan kontrasepsi, promosi pemberian ASI eksklusif dan pemantauan pertumbuhan anak.

8. Cakupan Buku KIA



Gambar 9. Grafik Pencapaian Cakupan Buku KIA

Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan buku KIA meningkat dari Bulan Januari 2009 sampai dengan Bulan Oktober 2009 yaitu pencapaian akhir sebesar 65%. Target cakupan buku KIA untuk Puskesmas Kalibagor selama satu tahun sebesar 90% pada tahun 2009, sehingga target yang harus dicapai sampai dengan Bulan Oktober 2009 harus sama dengan cakupan kunjungan pertama ibu hamil (K1) sebesar 92,6%. Penafsiran dari cakupan tersebut adalah status kurang baik yaitu cakupan dibawah target yang telah ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

Hasil pencapaian cakupan K1 sampai dengan Bulan Oktober 2009 adalah sebesar 92,6%, sedangkan pencapaian cakupan buku KIA sampai dengan bulan Oktober 2009 hanya sebesar 65%. Dari hasil tersebut maka masih ada ibu yang melakukan pelayanan antenatal namun belum memperoleh buku KIA.

Buku KIA dapat menjadi sarana yang efektif untuk memberikan pengetahuan yang baik bagi ibu. Fungsi buku KIA yang lain adalah sebagai pencatatan medis ibu, sehingga berbagai permasalahan selama kehamilan, imunisasi, dan status gizi dapat terekam dengan baik dan dapat digunakan sebagai alat pemantau menuju persalinan. Frekuensi kontak dengan petugas serta status kesehatan kehamilan juga merupakan ruang lingkup kualitas pelayanan antenatal.

Buku KIA diberikan kepada ibu hamil oleh tenaga kesehatan pada saat pelayanan antenatal kontak pertama (K1). Dengan demikian besarnya cakupan buku KIA harus sama dengan cakupan K1. Bila cakupan buku KIA kurang dari cakupan K1, petugas harus mendatangi ibu hamil yang sudah K1 tapi belum punya buku KIA dengan melihat catatan pada register kohort ibu.

Kualitas pelayanan antenatal adalah mengenai informasi tentang perilaku sehat, termasuk kepemilikan buku KIA. Ibu yang memiliki buku KIA lebih

banyak yang melakukan layanan antenatal ke bidan atau perawat dibanding ibu yang tidak memiliki buku KIA. Secara umum lebih banyak ibu yang memiliki buku KIA menerima layanan antenatal dibanding dengan ibu yang tidak memiliki buku KIA.

Program Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Indonesia sudah dimulai tahun 1994 dan pada tahun 2003 penggunaan buku tersebut telah berkembang dengan pesat dan sudah menjangkau 27 propinsi. Penggunaan buku KIA didukung SK Menteri Kesehatan No 248/Menkes/SK/III/2004. Hal tersebut menunjukkan buku KIA disahkan secara nasional sebagai satu – satunya sistem pencatatan kesehatan ibu hamil dan anak balita. Ibu yang melakukan layanan antenatal diberikan buku KIA untuk dapat dilakukan pencatatan mengenai kondisi kesehatan, selain itu buku KIA berfungsi sebagai alat edukasi dan komunikasi bagi ibu.

Cakupan buku KIA yang masih kurang dibandingkan dengan cakupan K1 salah satunya disebabkan antara lain masih kurang meratanya pendistribusian

buku KIA serta kadang kala ibu lupa dan menghilangkan buku KIA tersebut. Itu sebabnya pada saat pemberian buku KIA tenaga kesehatan perlu menginformasikan fungsi penggunaan buku KIA dan diharapkan ibu dapat menyimpan dan membawanya pada saat melakukan pelayanan antenatal ataupun pada saat penimbangan dan pemantauan tumbuh kembang anak.

Cakupan buku KIA masih kurang hal ini karena masih adanya ibu yang belum mendapatkan buku KIA pada saat pertama kali melakukan layanan antenatal serta ada ibu yang baru mendapatkan buku KIA ketika telah memiliki anak dan kadangkala bidan di posyandu hanya memberikan Kartu Menuju Sehat (KMS) bagi ibu hamil dan balita.

Penelitian Wakur di Papua menyebutkan Dinas Kesehatan tidak menyediakan KMS tersebut, sehingga bidan desa bahkan dengan terpaksa menggandakan KMS sendiri bagi ibu dan balita. Progm buku KIA sendiri sudah disosialisasikan sejak tahun 1994, namun kenyataan yang ada masih ada tempat yang belum mendapat

buku KIA. Buku KIA sendiri digunakan untuk pemantauan kehamilan, kelahiran serta tumbuh kembang balita. Hal tersebut sebagai upaya pemantauan kesehatan ibu dan anak, sehingga sudah sewajarnya jika pendistribusian buku KIA harus lebih merata dan menyeluruh.

SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan

- a. Status baik yaitu cakupan kunjungan pertama ibu hamil (K1), cakupan kunjungan keempat ibu hamil (K4), cakupan ibu hamil yang dideteksi berisiko tinggi, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan pelayanan nifas, cakupan

kunjungan neonatal pertama (KN1), cakupan penanganan anak balita sakit.

- b. Status kurang baik yaitu cakupan penanganan komplikasi obstetrik dan cakupan buku KIA.

2. Saran

- a. Puskesmas Kalibagor diharapkan dapat meningkatkan cakupan penanganan komplikasi obstetrik dan cakupan buku KIA.
- b. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas diharapkan dapat meningkatkan kegiatan monitoring dan evaluasi program KIA sehingga diharapkan cakupan yang belum mencapai target dapat diperbaiki.

DAFTAR PUSTAKA

Alwi, Qomariyah. 2007. *Tema Budaya yang Melatarbelakangi Perilaku Ibu-ibu Penduduk Asli dalam Pemeliharaan Kehamilan dan Persalinan di Kabupaten Mimika*. Buletin Penelitian Kesehatan Vol 35 no 3.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2007. *Rancang Bangun*

Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu untuk Mencapai Sasaran MDGS, Jakarta

Dasuki, Djaswadi. 2008. *Persepsi Perilaku Ibu Hamil dan Masyarakat terhadap Risiko Kehamilan – Persalinan di Kkabupaten Purworejo*. Laboratorium Penelitian Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Yogyakarta

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1997. *Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu*, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003. *Pedoman Umum Manajemen Penerapan Buku KIA*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003. *Petunjuk Teknis Penggunaan Buku KIA*. Jakarta
- Iskandar, et al. 1996. *Mengungkap Misteri Kematian Ibu di Jawa Barat*. Pusat Penelitian Kesehatan Lembaga Pendidikan UI. Jakarta
- Manuaba, Ida B. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Maine, Mc Cathy. 1992. *A Framework for Analysing the Determinant of Maternal Mortality*. WHO. Geneva
- McKenzie, dkk. 2007. *Kesehatan Masyarakat Suatu Pengantar*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Meilani, Niken, dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Fitramaya. Yogyakarta
- Notoatmodjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Persatuan Obstetri Ginekologi Indonesia. 1991. *Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi*. Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- Prawirohardjo, Sastro. 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka, Jakarta
- Rampengan. 2007. *Pedoman Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Syafiq, Ahmad, dkk. 2007. *Kepemilikan Buku Kesehatan ibu dan Anak (KIA) dan Pelayanan KIA*. FKM-UI, Jakarta
- Wakur, One. 2007. *Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Studi Fungsi Dinas Kesehatan di Keerom Papua*. Tesis Magister Kebijakan dan Pelayanan Kesehatan. UGM, Yogyakarta
- Zulfansyah, Wahyu. 2008. *Kebijakan dan Pengelolaan Antenatal Care bagi Bidan Desa di Kotamadya Banda Aceh*. Tesis Magister Kebijakan dan Pelayanan Kesehatan. UGM, Yogyakarta
- World Health Organization. 1994. *Perawatan Ibu dan Bayi : Pedoman Praktis*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

